

緩和ケア病棟における「良き死」をめぐる

松 岡 秀 明

要約

本稿は、緩和ケア病棟における人類学的フィールドワークにもとづき、緩和ケア病棟における「良き死」とはいかるものかを検討するものである。その入院患者のほとんどが末期がん患者である緩和ケア病棟は、ほぼすべての患者が死亡退院する点において、またそれ以外の病棟ではあまり（あるいはほとんど）行なわれない医療行為が行なわれているという点において、病院のなかで特異な場所である。緩和ケア病棟における「良き死」とは、死が近いことを自覚しており、苦痛がなく、やりたいと思っていることを遂行した死である。そこでは、死ぬまでの時間に人生を総決算するという営為に積極的な価値が与えられる。日本における緩和ケア病棟の数は1995年の制度化以来増加し続けており、緩和ケアの思想は影響力を持ちはじめようとしている。

キーワード：良き死、緩和ケア、ヘテロトピア、医療化

I はじめに

1. 「安らかな死」のための緩和ケア

1986年2月、フランス人の日本学者パンゲは、日本の自殺についての広瀬な著書の日本語版の序に次のように認めている。

これから先、技術の進歩が人間にさらに大きな力を与え、わたしたちすべてを、選ぶことの自由、と言うことはつまり選ぶことの必然のもとに置くことになる。この自由をわたしたちは生きるために用いるのであろうか、それとも死ぬために用いるのであろうか（パンゲ 1986: ix）。

現在、医療における先進国では、生と死を技術的に管理することが可能となって

いるが、日本も例外ではない。そして、ホスピスや緩和ケア病棟はそのような場のひとつである。

日本において、ホスピスについて一般向けに書かれた書籍がいくつも出版されてきた。また、医療従事者以外も緩和ケアという言葉に耳にするようになってきた。しかし、実際にこうした医療に携わっている人たち以外、すなわち専門家以外にとって、これらの言葉の意味するところは必ずしも明確ではない。まず、それらがなにを意味しているのかを検討することから本稿を始めることにしたい。

ホスピスを持っているキリスト教系総合病院のホームページには、次のように書かれている。

ホスピスとは、主として悪性腫瘍（がん）の治療が困難な患者さまが、最後までその人らしく充実した生涯を送れるように援助するところです（下線は筆者）。そのため、患者さまの苦痛を和らげることを第一の目的とし、ご希望に応じた緩和治療とケアを提供させていただきます⁽¹⁾。

一方、緩和ケア病棟を有する総合病院のホームページでは、緩和ケアは次のように説明されている。

治療が困難となったがんなどの悪性腫瘍を患った患者様が、最後まで、その人らしく、尊厳をもって、有意義に過ごすことができるように援助していく医療です（下線は筆者）。そしてご家族のケアも大切な役割のひとつです。そのため緩和ケア病棟では、身体的な苦痛を取り除くための治療を行うだけでなく、精神的な苦痛、孤独、不安などを軽減し、患者様とご家族が大切な時間をできる限り快適に過ごしていただけるようお手伝いします⁽²⁾。

WHO は、インターネット上で、緩和ケア（palliative care）を、命にかかわるような重篤な疾患に伴う問題に直面する患者とその家族の生命の質（quality of life）を改善するアプローチとし、疾患の初期から適応することができるケアと定義している（WHO: n.d.）⁽³⁾。しかし、この定義は先に紹介した日本のある総合

病院の緩和ケアの説明と合致しない。これには、以下のような理由がある。先に引用した WHO のホームページ上の緩和ケアの定義には、それがいつ公開されたか明らかにされていない。一方、WHO は 1990 年に『がんの苦痛の軽減と緩和ケア』と題された WHO 専門家委員会報告書を刊行している。この報告書では、緩和ケアは次のように定義されている。

治療することが不可能な病気の患者の積極的な包括的ケア。痛み、さまざまな症状、そして心理的、社会的、スピリチュアルな問題のコントロールが最も重要。緩和ケアの目標は、患者とその家族にとって最善のクオリティ・オブ・ライフを達成することである (WHO 1990: 11)。

現在の日本においては、緩和ケアはこの定義に拠っていると思われ、多くの緩和ケア病棟がホスピスと同じ機能を持っていると考えて差し支えない。だからこそ、上に紹介した、ホスピスと緩和ケア病棟の説明が類似しているのである。すなわち、ホスピスと緩和ケア病棟は、いずれもバイオメディシンでは治療することが不可能となった患者が「やすらかに過ごす」施設であり、ひいては「やすらかな死を迎える」ための施設である⁽⁴⁾。筆者が 2009 年の年末から医療人類学のフィールドワークをおこなっている A 病院（首都圏にある 500 床台の総合病院）の緩和ケア病棟も例外でない。

2. 調査方法および倫理的配慮

本稿では、東京都にある A 病院の倫理委員会の複数のメンバーによる書類審査および面接によって許可を得て、この病院の緩和ケア病棟（1990 年代開設、現在 18 床）において文化人類学的フィールドワークを行ない得られたデータを用いている。文化人類学的フィールドワークとは、具体的には、さまざまなカンファレンスや花見等のイベントへの参与観察、医療従事者そして患者およびその家族に対するインタビュー等々である。

インタビューに対しては、事前にその目的と方法、任意の調査であること、プライバシーの保護等を説明し、口頭および文書で同意を得た。なお、以下に

現われる人物の名前はすべて仮名である。

II 緩和ケア病棟の特異性

総合病院のなかで緩和ケア病棟は特異な位置を占めているが、他の病棟と異なる点を三つあげる。これらの特徴は、それぞれが密接に関係している。

まず、緩和ケア病棟の退院患者に占める死亡退院の割合は、おおよそ 90 パーセントに近い（佐藤 2012: 10）。つまり、その入院患者のほとんどが死亡退院するという点において、緩和ケア病棟はそれ以外の病棟と大きく異なっている。A 病院における緩和ケア病棟では、死亡退院でない退院患者は 1 年間に 2 人程度である。

第二は、医療の方向性である。1995 年に A 病院に緩和ケア病棟が開棟して以来勤務してきた内田医師は、次のように語る。

病気自体を治すという問題ではなくて、病気があることによって起こる症状をとりあえず抑えてあげて、少しでも良い時間を過ごしてもらおうということで、[松岡補足 緩和ケア病棟の医療は] 病気を治すというスタンスではなくなってくる訳ですよ。いかに残された時間を症状なく穏やかに家族の人と過ごせるか、大事な時間をどう良い状態で過ごせるか、というところに重きが置かれるので、一般病棟とはだいぶスタンスが違うのですよね。

内田医師は、緩和ケアの目的は死に至る時間をよりよいものにすることだと考えている。一般論として、緩和ケアは「人の命をよりよく終わらせる」という方向性を持つ。言うまでもなく、バイオメディシンは、第一に病気を治す、第二に病気の完治が期待できない人の生きる時間を延ばす、という二つの目的を持っている。第一の目的について、緩和ケア病棟では病気を治療しない。この点において、緩和ケア病棟の医療は一般病棟のそれと「だいぶスタンスが違う」と言うよりは、正反対の方向性を持っていると考えることも可能だろう。

一方、緩和ケア病棟では、病気を持った人の生きる時間を延ばすこと、すなわ

ち延命措置はとらない。そうではなく、内田医師が述べるように、死にいたる時間を良いものとする、またその時間を穏やかに過ごすことを目的として医療が行なわれるのである。この点で、緩和ケア病棟のバイオメディシンは一般病棟のそれとは異なるレベルの問題設定をしているのである。

そして最後に、そこで行なわれる医療の特殊性である。緩和ケア病棟に勤務する医療従事者は、他の病棟ではあまり（あるいは、ほとんど）行なわれない医療行為を行なう機会が少なくない。4年と少し緩和ケア病棟に勤務している看護師の池田さん（女性）は、A病院に30年以上籍を置いておりほとんどすべての科に勤務した経験を持つベテランである。池田さんは、緩和ケア病棟の特殊性について次のように語る。

麻薬についての知識はここに来て得ました。つまり、その使い方です。それからセデーションをかけるとか。そういうふうなことを実際に行なっているんだという部分は、結構驚きでありましたね。

緩和ケア病棟やホスピスでは、疼痛の緩和のために麻薬が日常的に用いられており、この点は他の病棟と異なっている。また、鎮静とも呼ばれるセデーションは、苦痛緩和を目的として患者の意識を低下させる薬物を投与することである⁽⁵⁾。この処置も緩和ケア病棟やホスピス以外ではあまり行なわれない。長きにわたってA病院に勤務してきた池田さんだが、緩和ケア病棟で初めて経験する医療行為にとまどうこともあったという。そうした緩和ケア病棟に特徴的ともいうことが可能な医療行為を、池田さんはA病院の緩和ケア病棟に勤務するようになってから、時に驚きながら学んでいったのである。

Ⅲ「死を飼い馴らす医療」の誕生

では、「人の命をよりよく終わらせる」というベクトルは、いつ頃バイオメディシンのなかに現われたのだろうか。この問題について、社会学者のアーニーと精神科医のバーゲンは、20世紀後半にバイオメディシンは誕生から死にいたる

ひとの一生を管理するに至ったとする説得的な論議を行なっている (Arney and Bergen 1984)。彼らは、1980 年に刊行された『医学の原理と実践 第 20 版』(The Principles and Practice of Medicine 20th ed.) において、生は、最早死という荒れ野から救われるべきものではなくて、死という荒れ野が生の中かで飼い馴らされるべきものだとする原理が示されている、と指摘する (*ibid.* 162)。彼らはさらに、「1950 年頃、現代医療の言語は、人間の生の構造をあらゆる生態学的システムの規範的な秩序と同一のものと考えはじめた。生と死が同じ空間を占めるようになり、その同一の空間の中かで、死という荒れ野は生の頂点 (the climax of life) となったのだ」と述べている (*ibid.*: 162)。すなわち、バイオメディシンを担う人たちの意識が変化し、人間を特別視しなくなりはじめるとともに、死という生物学的必然に対する態度も変化しはじめたのである。その結果、「命を救う、延ばす」という方向性を持っていたバイオメディシンは、新たに「命を終わらせる」— アーニーとバーゲンの言葉を借りれば「死を飼い馴らす」 — という方向性をも持つことになった。

この方向性の出現によって、病院で死ぬプロセスが変化することになった。アメリカの医療人類学者カウフマンは、2005 年に出版した著作『そして死ぬ時』の中かで、アメリカの病院で死ぬことが 1960 年代以降どのように変化したかについて論じている (Kaufman [2005] 2006)。彼女は四つの変化を指摘しているが、その一つに死を待つ時間の大きな変化がある。カウフマンは、ともに社会学者のグレイザーとストラウスの『死に向かう時間』(1968) を援用し、1960 年代においては、死を待つ時間は「空白」、すなわち「患者には何もおこらない時間」であったとする (Kaufman [2005] 2006: 94)。しかし、2000 年代における死を待つ時間は次のような時間であると彼女は論じる。

患者を回復させるためのあらゆる手立てがつくされた後に緩和ケアのルーチンが行なわれる時間であったり、注意深くタイミングを計って生命維持装置を外すことで死に至るプロセスをコントロールする時間であったりする。入院し続けるために患者はなんらかの処置を受け続けなければならない、いまや患者に空白の時間はないのである (*ibid.*)。

カウフマンが検討しているのは、アメリカのホスピスや緩和ケア病棟のみならず病院全般だが、「緩和ケアのルーチン」と明記されている点が重要である。それがどのようなものであるかを、そしてそれによってどのような「良き死」が導かれるかを、A 病院の緩和ケア病棟を例にとりて以下具体的に示すが、その前にイギリス人の社会学者ウォルターの「良き死」についての論議を参照しておきたい。

ウォルターは、主として英米における良き死のイメージの変遷について次のように論じている。モダンにおいては、死はすばやく、意識がない（少なくとも痛みを感じない）状態で迎えられなければならない。一方、ポストモダンにおける良き死は、自分らしく死ぬこととされ、以下の三点が重視される。(1) 患者は自らに死が迫っていること自覚しており、(2) 痛みがなく、(3) 自らの心理的な仕事を遂行する (finishing my psychological business) (Walter 1994: 59)。ウォルターのモダン／ポストモダンの二元論的な把握の是非はさておき、どのような死が理想とされるかについての推移は、日本でも同様のことが起こったと思われる。少なくとも、現在ホスピスや緩和ケア病棟においてこれら三点は重視されている。

では、A 病院の緩和ケア病棟で、緩和ケアのルーチンと良き死を具体的にみていくことにしよう。この病棟では、大方の患者は死が迫っていることを認識している⁽⁶⁾。この病棟に入る前からそれを知っている患者もいれば、病棟に入ってから主治医から告げられる患者もいる。いずれの場合も、現実を受け入れがたい患者はもちろん存在する。たとえば、A 病院の別の病棟でがんの治療を受けていたが効果がなく、現在の医療ではもう治療する術がないと告げられ緩和ケア病棟へ移ることを勧められた 70 代の女性患者は、移ってきた早々新たに主治医となった竹内医師から余命はあと 2 週間ほどだと告げられた。彼女は、「あんなにはっきり言わなくてもいいのに」と涙ながらに筆者に語った。事実、インタビューで、竹内医師は患者の余命が予測できる場合ははっきり告示すると筆者に語っている。この病棟では、ウォルターの指摘する現在の良き死の第 1 点、死の自覚はこのように行なわれている。

では、A 病棟の緩和ケア病棟では、死を待つ時間はどのようなものになっているだろうか。そこでは、患者に「安楽に過ごしていただく」ことが目的とされる。

患者は食事の好みについて栄養士と相談することができ、リハビリを受けたい者は受け、ひとりで歩くことができるものは、売店に買い物に行ったり庭を散歩することができる。身体能力が落ちてきたら、家族や看護師に車椅子を押してもらって庭を巡り、横になったまま風呂に入れてもらう。A病院の緩和ケア病棟のルーチンとはこうしたことであり、患者が死ぬまでの時間は「空白」の時間ではない。第I節にみた日本のホスピスと緩和ケア病棟の説明文では、それぞれ「その人らしく」という文言が使われている。こうした空間で亡くなる人間には、その人らしく死に至る、換言すればその人特有の死にいたる過程を遂行することが求められているのである。それは、A病院の緩和ケア病棟においても同様である。

ウォルターが良き死の第二の条件としてあげる痛みがないことは、緩和ケアのルーチンのなかにどのように組み込まれているだろうか。痛みがでてきたら、それをコントロールするために麻薬を含むさまざまな薬剤が用いられる。どうしても痛みがとれないようになったら、鎮静をかけてもらう。こうした手続きによって、痛みはコントロールされているのである。

最後の条件である心理的な仕事の遂行についてはどうか。内田医師は、「こういう死を目指すかというのは一括りにはできないと思っている」と語るが、突然亡くなるのは望ましくないと感じている。長患いをして死にたくない考える人たちが日本には少なからずいるという現状に対して、彼は次のように述べる。

今元気な人たちは、「ピンピンコロリがいい」（松岡註：元気でピンピンしていて、急にコロリと死んでしまうの意）とか言っている訳ですよ、苦しいので。だから、そういうお寺が結構繁昌するじゃないですか。「すぐにコロッと逝きたい」と（下線は筆者）。私は、本当にコロッと逝った方がいいのかなあとと思っている。何か仕事をしていてコロッと死んじゃった方がいいと思っている人もいるかもしれないけれども、それはかえって不幸だと思っているのですよね。何故かという、なにも死の準備をしていない。たとえば財産もそうだろうし、会っておきたい人とも会うチャンスもなく、一発で亡くなるのがそんなにハッピーなのかどうか。（中略）癌というのは、死ぬまでの時間がある疾患なので、亡くなり方としては癌というのはいいかなと。

診断がついて、治療で頑張るけれども、「いよいよだめですよ」と言ったならば、せいぜい半年くらいは時間があるじゃないですか。その間に自分の人生の総決算をする時間がある。だから、その間に自分がどういうふうに死ぬかということが決められれば。決められる時間があるということで、癌による死というのはいいのだろうな。

内田医師は、死が間近に迫っていると認識した時から死の瞬間までを「人生の総決算をする時間」と捉えているのである。換言すれば、死がある個人の生を物語として完結させると理解しているのだ。この点において、内田医師の考えは先にみたアーニーとバーゲンが指摘する生の頂点としての死という考えと通底している。このような考え方は、第I節で引用した二つの総合病院のホスピスと緩和ケアの説明のなかの、それぞれ「充実した生涯」、「有意義に過ごす」という文言にも見て取ることができるだろう。

IV ある「良き死」について

この病棟でこれまで筆者が知りえた死のあり方は、個々人によって異なっている。最後まで死を受け入れられなかった方があれば、死が近いことを知り抑うつ状態となったがその後落ち着きをとりもし安らかに亡くなった方もある。そして、死に近い者の家族もまたさまざまな対応をする。それまでやや疎遠だった家族が親密さを増す場合もあれば、逆に家族が抱えていた問題が顕在化する場合もある。

そうした多様な死のあり方のなかで、家族、そして病棟の医療従事者も「良き死」と呼びうるような死がある。筆者も、もし自分がかんで死ぬとしたらにこういうふうに死にたいと思った死のあり方もいくつかある。

A病院の緩和ケア病棟で、筆者がフィールドワークを行なっている間にいくつかの死が「良き死」と捉えられてきた。その一例を以下に示し、その後に解釈を行なってみたい。なお、ここで「死」とは、死にいたるプロセスを意味している。また、プライバシーを保護するために、本質にかかわらない部分に変更を加えて

ある。

60代の山内俊夫さんが、職場の人間ドックで異常を指摘されたのは9年前だった。詳しく調べてみるとある臓器にがんが見つかった。手術は成功し、その後化学療法を受けた後、山内さんは職場復帰することができた。しかし、手術を受けてから6年後にがんは再発した。がんは肺にも転移しており手術することができず、化学療法で治療を行なったが効果はなかった。翌年、つまり手術を受けてから7年後の春、呼吸状態が悪くなり息切れが著しくなったため在宅酸素療法が開始された。医療従事者がHOT（Home Oxygen Therapyの頭文字をとったもの）と呼ぶこの療法は、カニョーレと呼ばれるチューブでボンベなどの酸素を供給する装置と鼻孔をつなぎ、経鼻的に肺に酸素を送る治療法である。病状は安定しているが呼吸状態がよくなく、体内に酸素を十分に取り込むことができない患者が自己管理して行なうものである。在宅酸素療法情報サイトには、次のように書かれている。「この治療法は、家庭生活や職場への復帰が可能となり、生活の質“Quality of Life”を高めるお手伝いをします」⁽⁷⁾。

山内さんががんの治療を止め、緩和ケア病棟への入院を申し込んだのはその年の初夏だった。しかし、入院を希望している人が多かったためベッドが空くまで待たねばならず、山内さんが入院したのはその年の11月に入ってからであった。

入院した時、山内さんは咳と痰もひどく、不眠も訴えていた。入院早々、山内さんは次のように語っている。彼はかなり高いレベルである管楽器を演奏してきた。以下、その管楽器を単に「楽器」と記す。

趣味でずっと楽器をやっていました。夏に見学に来た時は、ここでも吹いていいのかと質問したくらいです。だけど、最近はとても無理ですね ちょっと動くとか苦しくなるので、ベッドに横になっている時間の方が多いんですよ。

しかし、この病院では緩和ケア病棟に入院している患者も理学療法士が指導する呼吸のリハビリテーションをすることができると知ると、山内さんはそれをやりたいと希望した。入院して1週間後、初めて理学療法士の遠藤さんと会いリハビリテーションを行なった。この時、山内さんは遠藤さんから口をすぼめる呼

吸法を教えてもらいとても満足し、「リハビリの遠藤さんと話ができよかった。…目標が決まった」と述べている。目標とは、楽器をもう一度吹くことだった。山内さんの目標を了解した遠藤さんは、リハビリに楽器を取り入れた。曲を吹くのではなく音を出すことから始まったリハビリは順調に進んだ。山内さんがリハビリをしている様子を見た山内さんの妻は、夫は楽器を吹くことを楽しんでいようだと語っている。11月末には、音を5秒間続けて出せるようになり、低い音も吹くことができたとして本人は満足していた。リハビリを開始してからおよそ1ヶ月後の12月下旬には、リハビリがない日には緩和ケア病棟のホールで楽器を吹いてもいいかと許可を乞うまでになる。許可は下り、ホール近くのナースステーションには時折山内さんの吹く楽器の音が聞こえてくるようになった。

翌年の1月中旬には、息継ぎをせずに一息で1オクターブを吹くことができるようになった。曲を吹いてみようという気持ちになった山内さんは、譜面を見て曲を吹いた。山内さん本人は「息が続かない」と言って満足しなかったが、家人は、今まで1年間家では吹いていなかったのにこんなに吹けてびっくりしたと語っている。そして、1月下旬には山内さんは40分間も楽器を吹いたのである。

しかし、山内さんにとって、この日が緩和ケア病棟での楽器演奏のピークとなった。2月早々、身体に痛みが現われ麻薬を使うようになり、呼吸状態が悪化した。2月上旬も終わりに近づいた日が、最後のリハビリとなった。

2月中旬早々呼吸困難が著しくなったため、本人の同意を得たうえで意識レベルをさげる鎮静が行われた。意識レベルは低下し、他者の呼びかけに反応しなくなった。山内さんの家族は、意識がない人も声や音は認識できると聞いていた。長男も山内さんと同じ楽器をかなりのレベルで演奏することができた。そこで、彼は山内さんが聞くことを願って楽器を演奏した。翌日、山内さんはせん妄状態となった。せん妄とは、幻覚、興奮、見当識の障害等々を伴った特殊な意識障害で、死の数日前から現われることがある。山内さんの意識が正常に戻った時に、主治医はせん妄をきたした時にベッドから転落したり、病室内を歩き回って転倒したりする危険があることを伝え、身体を拘束してもいいかと尋ねた。山内さんは、それを許可した。翌日、山内さんは家族が見守るなかで亡くなった。山内さんの家庭では、山内さんが長男自身はあまり望んでいなかった進路につかせた経

緯があり、二人の間には確執があった。山内さんの死によって、子は親を許そうと考えたという。家族は、山内さんの死は満足できるものだったと捉えた。また、山内さん自身もそう考えたのではないだろうか、と家族は述べている。

山内さんは、死期を悟り自らの意志で緩和ケア病棟に入院した。そして、苦痛も十分コントロールされた。さらに、演奏を中断せざるを得なかった楽器を演奏することができるようになり、その結果として親子関係の軋轢が改善された。ウォルターによる良き死の三つの条件に照らし合わせてみた場合、山内さんの死は非常に「良い死」ということができるだろう。

V 「死を飼い馴らす医療」に抗って

上で見たような死とは全く正反対の死を、「良き死」と考える人たちがいる。第 III 節で内田医師が指摘している急逝を望む人たちである。彼らの主張を検討してみたい。

「ピンピンコロリ」という言葉は、長野県教育委員会の北沢豊治が 1980 年の日本体育学会で行なった発表に端を発している。「中高年齢者の体力づくりについて—高森町における PPK 運動—」と題されたこの発表で、北沢は「ピンピンして健康で長生きしてコロリと死ねたら幸せであるという気持ち」を表現するために、この言葉を用いた。北沢は、老人たちと死について話をしていて、「病気で長い間寝ていたり、苦しみながら生きるのはつらいということ」が彼らの「最大の関心事」とであると記している（北沢 1980: 235）。

北沢のこの考え方に賛同する人は少なくなく、「ピンピンコロリ」という言葉がタイトルやサブタイトルに入っている本がこれまで数冊出版されているし、長野県の高森町にある天台宗瑠璃寺は、ピンピンコロリ地蔵として有名になっている。第 III 節で、内田医師が「そういう寺が結構繁盛するじゃないですか」と言っているのは、この寺のことである。

医師である帯津良一は、『ピン、ピン、コロリ』というタイトルの本のなかで、次のように述べている。帯津はかつて、「死ぬときは人生を振り返る時間がある程度あったほうがいいな、とぼんやり考えて」いたので、突然死ぬよりは「がん

のように死ぬまでに少し猶予があり、その間にしばらく会っていない人に会いに行ったり、一度行ってみたかった場所へでかけてみたりすると、こころの整理ができると思」っていた（帯津 2010: 84）。しかし、突然の死を理想とした夏目漱石の小説『野分』を読んで以来、「達者でぽっくり」を提唱している。帯津は、「最後の瞬間まで達者で過ごし、過去を一瞥したのちぽっくりといきましょう」と記しているのである（同：85）。

急に亡くなることで、死が迫っていることを自覚した後にしばらく時間的な猶予がある場合には可能な「その人らしく」生きることや、死を「人生の総決算」をすることは不可能である。しかし、この二つの亡くなり方には、通低する考え方がある。自らのことは自らで責任を負うという考え方であり、自らの死を自ら引き受けるという考え方である。それは、ギデنزが「自己 (self) は、個人が責任を負う内省的なプロジェクトと考えられている」と指摘するモダニティにおける自己のあり方である (Giddens 1991: 75)。ちなみに、この自己に対する考え方は、クラインマンが紹介しているがんが末期であると告げられた台湾の宋医師とその家族の考え方とは対照的である (Kleinman 1988: 152-3)。本人も家族も、宋医師が遠からず死ぬことを知っている。しかし、彼の死はもはや彼自身の手を離れてしまっているというのである。つまり死は自分一人の問題ではなく、家族の問題なのだ。

死を自ら引き受けるという点では共通しているものの、やはりこの二つの考え方には大きな違いがある。それは、終末期医療のシステムによって医療化される時間である。ホスピスや緩和ケア病棟における死には、このようなシステムのなかで医療化される時間がある程度の長さを持つことは必然である。では、急逝する場合はどうか。検視した医師が死亡診断書を書くという事実において、現代の日本人は医療化から完全に自由になることはできない。しかし、急逝する場合、ホスピスや緩和ケアで行なわれる終末医療のシステムのなかで医療化される時間は相対的に短いか、まったくない。すなわち、急逝を希求するひとびとは死を飼いならす医療の中で自らが医療化されることに抗っているのだと考えることができる。

VI 緩和ケア病棟は二重のヘテロトピアか？

フーコーが提出したヘテロトピアという分析概念を用いて、緩和ケア病棟が現在の日本社会においてどのような存在であるのかを検討し、その特徴を考えてみたい。フーコーは、日常生活におけるあらゆる場所と関係しつつもそれらとは矛盾する奇妙な場所、換言すれば日常性から逸脱する「異なる場」としてのユートピアとヘテロトピアについて論じている⁽⁸⁾。ヘテロトピアとは、「異なる、他の」を意味するギリシャ語に由来する「ヘテロ」と、「場所」を意味するやはりギリシャ語由来の「トポス」を変形させた「トピア」をつなげた言葉である。ユートピアが現実にはどこにも存在しない場所であるのに対して、ヘテロトピアは現実の世界に存在しており、人びとを現実から別の世界へ運び去るとフーコーは述べ、アミューズメントパーク、博物館、図書館等々を具体例としてあげている (Foucault [1984] 1994)。

病院は、病気にかかっている人やなんらかの病気を疑う人が医師の診察を受けにやってくる場であり、また入院という形で病む者を収容する場である。そこには、極度に専門的な知識と技術を持つ医療従事者が白衣を着て立ち現れる。このようなことを勘案して、病院をヘテロトピアと捉えることが可能であろう。

現在の日本において、緩和ケア病棟はそれを有する病院のなかで「異なる場」である。上にみたように、緩和ケア病棟ではバイオメディシンが死を飼い馴らそうとする方向性をその内部に持つにいたった。しかし、そうした方向性はバイオメディシン全体のなかではまだ一少なくとも日本においては一特異なものである。それゆえ、現在の日本において、緩和ケア病棟は病院のなかでヘテロトピアであると考えることができる。つまり、緩和ケア病棟は二重のヘテロトピアなのである。

しかし、バイオメディシンのなかで死を飼い馴らそうとする方向性は徐々に大きな力を持つようになりつつある。日本で緩和ケア病棟が制度化されたのは1990年である。同年に5病棟(117床)だった緩和ケア病棟は、2012年には257病棟(5,101床)まで増加している(宮下ほか2013: 54)。こうした動向のなかで、緩和ケアの実践の根底にある思想は影響力を増していると考えられる。

ろう。つまり緩和ケア病棟は、病院のなかのヘテロトピア — 先述のように、それは一般社会からみると二重のヘテロトピアである — ではなくなりつつある。

第 I 節で引用したパンゲの文章には、生死の選択を「選ぶことの自由」と「選ぶことの必然」についての彼の戸惑いが吐露されている。技術の進歩によって選択肢が増えるのではなく、一つの規範が示されるのではないだろうか。そして、その規範からずれるような選択は、たとえば「普通ではない」というレッテルが張られる可能性があり得るだろう。その意味で、比較的長い療養生活をへて亡くなる死のありかたを良しとする考え方、すなわち結果として死を飼い馴らす医療によって医療化されざるを得ない死を良しとする考え方と、それに対して急逝することを希求する思考、すなわち結果としてそのような医療化をされない死を望む考え方が並存しているのである。

註

- (1) 「ホスピス」、日本パプテスト病院ホームページ、(2013 年 9 月 27 日取得 <http://www.jbh.or.jp/sinryouka/hosupisu.html>)
- (2) 「緩和ケアについて」、高槻赤十字病院ホームページ、(2013 年 9 月 27 日取得 <http://www.takatsuki.jrc.or.jp/care/about.html>)
- (3) WHO のこの定義が 2002 年に出されたものであることは、緩和ケアの研究者の間では周知の事実となっているが、今回参上した WHO のホームページにはそのことが記されていない。そのため、n.d. とした。
- (4) 本稿でバイオメディシンとは、西洋近代が生み出した生理学や免疫学等々の医科学に基づいた病気にかかわるさまざまな営為の総体を意味している。
- (5) 鎮静については、別の論文で詳しく論じる予定である。
- (6) 「大方」という表現を用いたのは、精神疾患や認知症のため患者本人はそれを認識していない場合があるためである。
- (7) 「在宅酸素療法」、在宅酸素療法情報サイトホームページ、(2013 年 9 月 27 日取得 <http://www.zaitakusansoryoho.com/hot>)
- (8) フーコーの原著では、それぞれ *utopie*, *heterotopie* である。日本では、ユートピアという英語の単語が用いられているので、それにあわせて、ユートピア、ヘテロトピアとする。

引用文献

Arney, W. and Bergen, J., 1984, *Medicine and the Management of Living*, Chicago: University of Chicago Press.

- Foucault, M., [1984] 1994, *Des espaces autres*, in *Dits et écrits IV*, Paris: Gallimard, 752-762.
- Giddens, A., 1991, *Modernity and Self-Identity*, Stanford: Stanford University Press.
- Glaser, B. and Strauss A., 1968, *Time for Dying*, New York: Aldine.
- Kaufman, S., [2005] 2006, *And a Time to Die*, Chicago: University of Chicago Press.
- 北沢豊治、1980、「中高年齢者の体力づくりについて ― 高森町における PPK 運動 ―」『日本体育学会大会号』31(1): 235
- Kleinman, A., 1988, *Illness Narrative*, New York, Basic Books.
- 宮下光令ほか、2013、「データでみる日本の緩和ケアの現状」ホスピス緩和ケア白書編集委員会編『ホスピス・緩和ケア白書 2013』日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、54-69.
- 帯津良一、2010、『ピンピン、コロリ。』青志社。
- 佐藤一樹、2012、「日本ホスピス緩和ケア協会の調査データからみた緩和ケア病棟の現状」ホスピス緩和ケア白書編集委員会編『ホスピス・緩和ケア白書 2012』日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、10-17.
- Pinguet, M., 1984, *La mort volontaire au Japon*, Paris: Gallimard (= 1986, 竹内信夫訳『自死の日本史』筑摩書房).
- Walter, T., 1994, *The Revival of Death*, London: Routledge.
- WHO, n.d., *Definition of Palliative Care*, (2013 年 9 月 27 日 取得 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>).
- WHO, *Cancer Pain Relief and Palliative Care*, Geneva: WHO.

Summary

Based on anthropological fieldwork, this article argues the good death in contemporary palliative care ward in Japan. The good death in palliative care is characterized by the following three conditions; the patient's recognition of coming death, minimal pain, and the patient's ability to finish her/his personal psychological business. The will to conclude an individual life in her/his last days is admired. On the other hand, there are those who wish to die suddenly Palliative care ward is a unique space because of the fact that most patients are discharged only after after their death, and medical practices which are unusual in other wards are carried out regularly. The idea of the good death in palliative care ward, however, has become increasingly influential since its number has raised constantly since its emergence in Japan in 1995.